

ИЗВЕЩЕНИЕ ПРОГРАММЫ ТАЛОНОВ НА ПИТАНИИ ОБ ОТКАЗЕ/ДИСКВАЛИФИКАЦИИ НА ПРОГРАММУ КАЛИФОРНИИ ПОМОГАЮЩУЮ С ПИТАНИЕМ

(ADDRESSEE)

ОКРУГ

ДАТА ИЗВЕЩЕНИЯ:	:	_____
НАЗВАНИЕ ДЕЛА:	:	_____
НОМЕР ИМЯ РАБОТНИКА:	:	_____
НОМЕР	:	_____
ТЕЛЕФОН	:	_____
АДРЕС	:	_____

Вопросы? Спросите Вашего работника.

Слушание администрации штата: Если Вы считаете, что это действие неправильное, Вы можете попросить о слушании. На обратной стороне этой страницы объясняется, как это сделать. Ваши пособия не изменятся, если Вы попросите о слушании до того, как это действие будет осуществлено.

Округ принимает следующие меры, так как _____ не соблюдал правила работы программы талонов на питание программы Калифорний помогающей с питанием (CFAP).

С _____ числа,

- _____ отказано в получении талонов на питание.
 _____ лишен права на программу талонов на питание.
 Сумма талонов на питание, которые Вы получаете на семью, будет изменена с _____ на _____.
 Другое _____

Чтобы снова получить талоны на питание, _____ должен иметь на это право. Чтобы иметь право, это лицо должно:

- Быть освобожденным от правил работы CFAP.
- Принять меры, чтобы прекратить лишение права или отказ.
- Вы можете принять меры в любое время, чтобы прекратить это лишение права.
- Вы можете принять меры только после _____, чтобы прекратить эту дисквалификацию.

Вы можете прекратить это лишение права в любое время, если Вы будете освобождены от обязанности работать. Если в Вашей семье были другие изменения, Вы получите другое извещение.

ПОЧЕМУ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ ОСТАНОВЛЕНЫ (ОТКАЗАНЫ)

КАК ПОЛУЧИТЬ ТАЛОНЫ НА ПИТАНИЕ

<input type="checkbox"/> Не пришли на прием/ Не дали нам запрошенную информацию.	Позвоните нам/ Предоставьте нам информацию.
<input type="checkbox"/> Не пошли на работу.	Идите на работу, если еще можно, или идите на другую работу, когда направят.
<input type="checkbox"/> Отказались от работы.	Примите работу, если еще не поздно, или найдите другую работу. Другая работа должна быть как минимум 30 часов в неделю, или должна оплачиваться в неделю, как минимум как <ul style="list-style-type: none">• Работа, от которой Вы отказались, или• Минимальная зарплата по закону умноженная на 30.
<input type="checkbox"/> Изменили количество рабочих часов на менее, чем 30 часов в неделю.	Увеличьте количество рабочих часов до 30 или более, в неделю.
<input type="checkbox"/> Бросили работу.	Вернитесь на работу, если возможно, или найдите другую, с оплатой или количеством часов не менее, чем на предыдущей.
<input type="checkbox"/> Не выполнили правила WTW* программы CalWORKS**	Начните выполнять эти правила.
<input type="checkbox"/> Не пошли на поиск работы, рабочее задание, в школу, на обучение, куда мы вас направили.	Начните выполнять данное Вам задание. Позвоните или встретьтесь с нами. Мы скажем, что делать.
<input type="checkbox"/> Другое.	

Также лицу, указанному выше, может придется соответствовать правилам работы CFAP. Если это лицо не имеет право получать талоны на питание, потому, что он (она) по правилам не имеют достаточно месяцев, чтобы продолжать получать талоны на питание, ему (ей) будет выслано другое извещение, объясняющее, что ему (ей) надо сделать, чтобы снова получить талоны на питание.

ПРАВИЛА: Применены следующие правила, с которыми Вы можете ознакомиться в Вашем отделе социального обеспечения.

MPP 63-407 63-408 63-410 W&IC 18932(a) All County Letter 99-78 Другое _____

* - Программа для перехода от социального обеспечения к работе

** - Программа возможностей труда и ответственности перед детьми в Калифорнии